

Resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes operados de hernia inguino-crural

Outcomes of the surgical treatment of patients operated of inguino-crural hernia

Dr. Víctor Juan Caraballosa García,^I Dr. Pedro Antonio Casanova Pérez,^{II}
Dr. C. Gilberto Lázaro Galloso Cueto,^{II} Dr. Abel Santana González-Chávez,^I
Dra. Idanis Orea Cordero,^{III} Dra. Liliette Caraballosa García^{II}

^I Hospital Provincial Pediátrico Docente Eliseo Noel Caamaño. Matanzas, Cuba.

^{II} Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

^{III} Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: en Cuba, un tercio de todas las operaciones que se realizan, en un hospital clínico-quirúrgico, es por hernia inguino-crural. La recurrencia de la hernia operada es la variable que más ha motivado la prolijidad de técnicas y es considerada como el fracaso de la intervención quirúrgica.

Objetivo: caracterizar los pacientes operados de hernia inguino-crural según los resultados de la técnica quirúrgica y el método anestésico empleado así como por la aparición de complicaciones.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, sobre el comportamiento del tratamiento quirúrgico de los pacientes operados de hernia inguino-crural, en el Hospital Militar Mario Muñoz Monroy de Matanzas. Durante el período de enero a diciembre de 2012. El universo quedó constituido por 121 pacientes operados tanto electivos como urgentes. Se analizaron: técnica quirúrgica empleada, tipo de anestesia y complicaciones.

Resultados: la técnica de *Lichtenstein* fue la más utilizada con 83.5 %. El 56.2 % de los pacientes fueron operados con anestesia espinal. El 6.6 % presentó seroma de la herida siendo la complicación más frecuente.

Conclusiones: la técnica de *Lichtenstein* fue la más realizada. La cirugía laparoscópica se empleó en un bajo número de pacientes. Hubo poco empleo de la anestesia local. La infección del sitio operatorio superó las cifras estimadas para

cirugía limpia. La recurrencia fue más frecuente tras realizar herniorrafias, el por ciento de la serie fue bajo.

Palabras clave: hernia inguocrural, técnicas quirúrgicas, complicaciones.

ABSTRACT

Background: in Cuba, one third of all the operations carried out in a clinical surgical hospital are due to inguocrural hernia. The recurrence of the operated hernia is the variable that has motivated the proliferation of techniques, and it is considered the failure of the surgery.

Objective: Characterizing the patients operated of inguocrural hernia according to the results of the surgical technique and the used anesthetic method, and also the occurrence of complications.

Materials and methods: a prospective, descriptive, observational study was carried out on the behavior of the surgery of patients operated of inguocrural hernia in the Military Hospital Mario Muñoz Monroy, of Matanzas, during the period from January to December 2012. The universe was formed by 121 operated patients, as much elective as emergency ones. There they were analyzed the used surgical technique, the kind of anesthesia and the complications.

Outcomes: the Liechtenstein technique was the most used one, with 83.5 %. 56.2 % of the patients were operated with spinal anesthesia. 6.6 % showed seroma in the wound, being the most frequent complication.

Conclusions: the Liechtenstein technique was the one more frequently carried out. The laparoscopic technique was used in a little number of patients. There it was a little use of local anesthesia. The surgery place infection exceeded the estimated number for clean surgery. The recurrence was more frequent after making herniorrhaphies; the percent of the series was low.

Key words: inguocrural hernia, surgical techniques, complications.

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios, cuando el hombre (genéricamente hablando) se socializó, comenzó su preocupación por conocer y corregir los defectos visibles en la anatomía humana. Uno de ellos fue la hernia inguinal, cuya historia se remonta a tiempos tan remotos como 4000 años a.C. en Mesopotamia, donde se hablaba de herniotomía.⁽¹⁾

La reparación de la hernia inguinal es una de las bases de la práctica de la cirugía general y uno de los procedimientos realizados más frecuentes, en diferentes centros y países. No hay cifras exactas con respecto al número de reparaciones de hernia inguinal, realizadas cada año, pero se calcula que en el año 2003 se realizaron en los EU casi 800 000 procedimientos, sin incluir las hernias recurrentes o bilaterales. La mayoría de tales procedimientos se realizaron en forma ambulatoria.⁽²⁾

En Cuba, un tercio de todas las operaciones que se realizan en un hospital clínico-quirúrgico, es por hernia inguocrural. La recurrencia de la hernia operada es la

variable que más ha motivado la prolijidad de técnicas y es considerada como el fracaso de la intervención quirúrgica. Cuando aparece en el primer año se responsabiliza a una mala técnica seleccionada o realizada. Los índices bajos de recurrencia en el primer año suelen asociarse a recidivas tardías, el 20 % en el primer año, y a los cinco años entre 50 % y 60 %.⁽³⁾

En el Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy" de Matanzas, en el año 2012, se reportó por el departamento de estadística 2144 intervenciones quirúrgicas electivas, de las cuales 281 fueron hernias de la pared abdominal, entre ellas 180 hernias inguinales para un 8,4 % del total de intervenciones, y un 64 % del total de hernias de la pared abdominal. La hernia inguinal es la segunda entidad tributaria de tratamiento quirúrgico en este centro, solo superada por la litiasis vesicular sintomática.

En un estudio realizado en el año 1998, sobre una muestra de 265 pacientes, con un periodo de seguimiento de cuatro años se obtuvieron los resultados siguientes.⁽⁴⁾

Aproximadamente la tercera parte de los pacientes con herniorrafia fueron operados con anestesia local sin sedación.

La técnica quirúrgica más empleada fue la *Zimmerman*.

No existió relación del método anestésico con la recurrencia.

La estadía hospitalaria promedio fue menos de 24 h.

La complicación más frecuente fue la recidiva.

Los pacientes operados con anestesia local tuvieron menos complicaciones.

Se puede apreciar que en esta fecha, aún no se realizaban en la institución técnicas quirúrgicas con prótesis ni cirugía videolaparoscópicas.

Actualmente se recomienda con un nivel de evidencia científica alto, una de las siguientes técnicas:

1. Reparación con prótesis: *Lichtenstein*.
2. Reparación según técnica sin prótesis: *Shouldice*.
3. Reparación con técnica laparoscópica.

Cada una tiene sus indicaciones de acuerdo al tipo de hernia, condiciones del paciente, preferencia del cirujano y las capacidades económicas de cada centro hospitalario.

Las hernias de la ingle por la limitación que provocan en el paciente y su alta frecuencia, representan un problema de salud, tanto individual como social, el tratamiento temprano y eficiente es de vital significación para obtener buenos resultados.

En la institución, donde laboran los autores, no existen estudios actuales que permitan determinar el resultado del tratamiento quirúrgico de los pacientes operados por hernia inguinocrural.

Desconocer el comportamiento de esta enfermedad y los resultados de su tratamiento, limitan la creación de estrategias adecuadas para el manejo de los pacientes herniados.

¿Cuál será el resultado del tratamiento quirúrgico en los pacientes operados de hernia inguinoocrural en el Hospital Militar Mario Muñoz Monroy de Matanzas?

Con el fin de dar respuesta a esta interrogante, se diseña la presente investigación que, llenando el vacío de conocimientos, permite sentar las bases para futuras propuestas de acciones integrales, encaminadas a mejorar el manejo de los pacientes portadores de hernia inguinal. Por lo antes planteado el objetivo de este trabajo es caracterizar los pacientes operados de hernia inguinoocrural según los resultados de la técnica quirúrgica y el método anestésico empleado así como por la aparición de complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo sobre el comportamiento clínico, epidemiológico de los pacientes operados de hernia inguinoocrural.

El universo estuvo constituido por los pacientes operados de hernia inguinoocrural, tanto electivo como urgente, en el servicio de Cirugía General del Hospital Militar Mario Muñoz Monroy, de Matanzas, durante el período de enero a diciembre de 2012.

Se estudiaron un total de 121 pacientes los cuales dieron su consentimiento y de los que se pudo obtener todos los datos en la planilla diseñada a tal efecto.

Obtención de la información

Se aplicó un cuestionario para la recolección de datos, además de consultar la historia clínica individual del paciente y el informe operatorio. Se realizó seguimiento en la consulta de pacientes operados de hernias de la pared abdominal, establecida en la institución con el fin de apoyar la investigación, para detectar las complicaciones postoperatorias, durante un período mínimo de doce meses.

Al alta se les indicó a los pacientes acudir al hospital, en caso de aparecer alguna complicación y se prefijó la primera consulta a los quince días; después al mes, a los seis meses y a los doce meses.

Seguimiento posterior anual a través de consulta o por vía telefónica.

Los datos utilizados fueron obtenidos de la entrevista al paciente, de la historia clínica y del informe operatorio, se plasmaron en una planilla (anexo 2) llevada solo por el autor, donde se recogió la información de forma sistemática y controlada.

Análisis de los datos: con la información recopilada en modelo de recolección de datos confeccionado a tal efecto, se realizó base de datos en Access 2010, posteriormente fueron vaciados para su análisis en tablas de contingencia y gráficos realizados en Excel 2010. Se empleó la estadística descriptiva utilizando el porcentaje como medida resumen para las variables cualitativas.

RESULTADOS

En la tabla 1 muestra que se realizaron 106 hernioplastias (87.6 %), y fue la técnica de *Lichtenstein* la que se aplicó con mayor frecuencia (83.5 %), de las 15 herniorrafias realizadas, la técnica de *Goderich* se utilizó en 8 pacientes (6.6 %) siendo la más aplicada.

Tabla 1. Distribución según técnica quirúrgica empleada en los pacientes con hernia inguinoocrural, intervenidos en el Hospital Militar de Matanzas. Periodo de enero a diciembre del 2012

Técnica quirúrgica		Total	
		No.	%
Hernioplastia	Lichtenstein	101	83,5
	Rutkow	2	1,7
	Cono de Lichtenstein	1	0,8
	TAPP	2	1,7
Subtotal		106	87,6
Herniorrafia	Shouldice	2	1,7
	Bassini	1	0,8
	Goderich	8	6,6
	Mc Vay	1	0,8
	Cheatle Henry	1	0,8
	Zimmerman	2	1,6
Subtotal		15	12,4
Total de pacientes		121	100

Respecto a la anestesia, la más aplicada fue la espinal con 68 pacientes para un 56.2 %, a 60 de ellos se le realizó la técnica de *Lichtenstein* como estrategia quirúrgica, para un 49.6 %. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución según el tipo de anestesia utilizada de acuerdo a la técnica quirúrgica

Técnica quirúrgica	Tipo de anestesia									
	Espinal		General		Local		Combinada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hernioplastias	63	52,1	5	4,1	33	27,3	5	4,1	106	87,6
Herniorrafias	5	4,1	1	0,8	7	5,8	2	1,7	15	12,4
Total	68	56,2	6	4,9	40	33,1	7	5,8	121	100

En la tabla 3 se muestra que de un total de 121 pacientes operados, 18 presentaron complicaciones, para un 14.9 %. El Seroma de la herida fue la complicación más representada con 8 casos, para un 6.6 %, a siete de ellos se les realizó una hernioplastia. La infección de la herida le siguió en frecuencia con siete casos para un 5.8 %, de los cuales en seis se utilizó prótesis para la reparación. (Tabla 4)

Tabla 3. Distribución según presencia de complicaciones

Pacientes con complicaciones	No.	%
Si	18	14,9
No	103	85,1
Total	121	100

Tabla 4. Distribución de los pacientes relacionando las complicaciones postoperatorias con el empleo de prótesis

Complicaciones	Técnica quirúrgica					
	Hernioplastia (n = 106)		Herniorrafia (n = 15)		Total (n = 121)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Seroma de la herida	7	6,6	1	6,6	8	6,6
Infección de la herida	6	5,7	1	6,6	7	5,8
Retención urinaria	5	4,7	1	6,6	6	5,0
Inguinodinia	4	3,8	1	6,6	5	4,1
Recurrencia	1	0,9	2	13,3	3	2,5
Hematoma de la herida	2	1,9	-	-	2	1,6
Orquitis	1	0,9	-	-	1	0,8
Diseyaculación	1	0,9	-	-	1	0,8
Total	27	25,5	6	40	33	27,3

DISCUSIÓN

En este estudio a todos los pacientes con hernias bilaterales se les realiza la reparación a través de la hernioplastia de *Lichtenstein*, de ambas regiones inguinales, durante el mismo acto quirúrgico y bajo anestesia espinal. Teniendo en cuenta esta condición y a pesar de tratarse de dos regiones inguinales, se hizo coincidir la unidad paciente con la de enfermedad, técnica quirúrgica y proceder anestésico, o sea, un paciente equivale a una hernia inguinal y a una técnica quirúrgica. Esta decisión se tomó por la posibilidad de interferir en el análisis de otras variables.

La técnica quirúrgica videolaparoscópica que se realiza fue la transabdominal preperitoneal (TAPP), en dos pacientes para un 1.3 %. En centros donde se desarrolla este tipo de cirugía, se reportan cifras superiores, en la serie estudiada por Serna Villarreal, ⁽⁵⁾ se realizó en el 21.4 % de los casos.

Todo cirujano que interviene con frecuencia a pacientes con hernia de la región inguinoocrural, conoce que existen descritas, innumerables técnicas quirúrgicas, a las cuales se les señalan ventajas y desventajas; siempre en la búsqueda de disminuir las complicaciones y sobre todo de evitar la recidiva.

Existen las llamadas técnicas clásicas (anatómicas), que reparan el defecto de la pared inguinal con los propios tejidos del paciente, y las llamadas técnicas protésicas, que utilizan materiales sintéticos que han tenido un gran desarrollo en

las últimas décadas, y cuya aplicación siempre conlleva los mismos fines que las anatómicas. En la serie estudiada se observa que la técnica clásica más utilizada fue la de *Goderich*, seguida por la técnica de *Shouldice* y la de *Zimmerman*. La técnica protésica más frecuente fue la de *Lichtenstein*, y le siguió en orden la de *Rutkow-Robbins*.

En el presente estudio la técnica de *Lichtenstein*, que fija la malla a la cara posterior del conducto inguinal, fue la más empleada. Esta plastia por su sencillez y buenos resultados se ha generalizado, lo que ha provocado gran número de publicaciones, siendo considerada en la actualidad el *Gold Estándar* de las plastias inguinales. Otros autores reportan el empleo de otras técnicas con más frecuencia, como las de Desarda, ⁽⁶⁻⁸⁾ Bassini, ⁽⁹⁾ y Goderich, ⁽¹⁰⁾ En los últimos años, la técnica de Desarda ha ganado muchos adeptos por realizar una reparación con tensión mínima, emplear los tejidos propios del paciente y reportar resultados similares a las plastias. En Cuba, el profesor López P, ⁽⁶⁾ es su máximo exponente. ⁽⁶⁻⁸⁾

El polipropileno es el material que se ha estandarizado porque se integra al tejido y crea un tabique que fortalece la pared posterior del conducto inguinal. ⁽³⁾ En todos los casos de esta serie se realizó la plastia con este material.

La anestesia local representó el 27.3 % del total de casos operados, con 33 pacientes y el 32.7 % del total de casos, a los que se le realizó la técnica de *Lichtenstein* con amplia diferencia a favor de la anestesia espinal, lo cual resulta discordante con lo protocolizado ^(2,11) y con lo reportado por autores como: López Rodríguez, ⁽⁶⁾ Pol Herrera, ⁽⁷⁾ Abraham Arap, ⁽³⁾ con 72 %, 75.4 % y 70 % respectivamente. ^(3,6,8)

Posada Jiménez, ⁽⁴⁾ en su investigación realizada hace 16 años, en el mismo centro de la presente, reportó una cifra superior; ya que en su estudio de 574 pacientes operados de hernia inguinal, en 244 se utilizó anestesia local, como proceder anestésico para reparar la hernia inguinal para un 42.5 %. Armas Pérez, ⁽¹²⁾ reportó una serie de 38 casos operados de hernia inguinal bilateral con anestesia local, a los que se les realizó técnica de *Lichtenstein*.

La anestesia local se le aplicó a un total de 40 pacientes representando el 33.1 % del total.

Los autores coinciden con lo publicado, donde se plantea que la anestesia local con o sin sedación tiene buenos resultados y debe ser aplicada a todo paciente que vaya a ser intervenido por presentar una hernia inguinocrural no complicada, y que la edad por sí sola, no debe ser una contraindicación para su empleo. ^(8,9,12-14)

Este método anestésico ofrece las siguientes ventajas: menor riesgo en general, buena tolerabilidad por parte del paciente, permite realizar maniobra de Valsalva sin dificultad, durante el procedimiento, produce menor dolor en el período post-operatorio (teoría del asta posterior) y facilita la deambulacion inmediata al terminar el procedimiento. Rara vez produce retención urinaria y resulta un método económico. Sus desventajas serían que requiere de una curva de aprendizaje de la técnica de anestesia local y coordinación con el anesthesiologo para la dosis exacta de sedación en caso de ser necesaria. ⁽¹¹⁾

El por ciento de infecciones del sitio operatorio que se estima para la cirugía limpia oscila alrededor del 2 %. ^(5,15) Posada Jiménez, ⁽⁴⁾ y Abraham Arap, ⁽³⁾ reportan un 1.5 % y un 1 % respectivamente. Lo cual supera los resultados alcanzados en este estudio.

En estudios comparativos de reparaciones abiertas contra laparoscópicas, han mostrado mejores resultados a favor de esta última, con cifras de 1.4 % y 1 % respectivamente.⁽¹⁶⁾

La administración de antibiótico profiláctico, con Cefazolina, 2 g endovenoso de 30 a 45 min antes de la incisión de la piel, se aplicó a 89 pacientes (73.6 %); a todos ellos se les realizó hernioplastia, de los cuales, tres presentaron infección del sitio operatorio (3.4 %). El resto de los pacientes donde se reportó esta complicación no se realizó profilaxis antibiótica. En ninguno de los casos fue necesario retirar la prótesis. La conducta fue: ingreso, tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, al inicio y específico tras recibir el resultado del cultivo y el antibiograma, además se les realizó curas locales.

Los autores consideran que es importante para disminuir la contaminación de la prótesis y del sitio operatorio, adherirse al protocolo para el uso de antibiótico profilaxis, que plantea utilizar una dosis preoperatoria en los pacientes donde se pretende emplear prótesis, ya que no se ha demostrado que el uso de antibióticos post operatorios tenga valor en la prevención de infección de las heridas. Resulta vital el cumplimiento estricto de las medidas de asepsia y antisepsia, una esmerada técnica quirúrgica, evitar el contacto de la malla con la piel del paciente, cambio de guante para manipular la prótesis en el momento de darle forma y dimensión.

Para algunos autores, el uso de antibiótico local tiene importancia en la prevención de la infección del sitio operatorio, sobre todo durante la colocación de bioprótesis en terrenos potencialmente contaminados durante la cirugía de urgencia o electiva, tras la apertura de un asa intestinal.⁽¹⁷⁾

Las complicaciones observadas no difieren de las encontradas por Perera,⁽¹⁴⁾ Santana,⁽¹⁷⁾ Serna Villarreal,⁽⁵⁾ y López Rodríguez.⁽⁶⁾

En cuanto a la recurrencia, el resultado concuerda con los autores que reportan para las técnicas con prótesis una recidiva por debajo del 1 % y para las técnicas clásicas alrededor del 10 %. Aunque específicamente la técnica de *Goderich*, en la serie de 1 745 pacientes reportada por su autor, presentó 19 recidivas para un 1.2 %, en un plazo de seguimiento superior a los tres años.⁽¹⁸⁾ Teniendo en cuenta que del 40 a 50 % de las recidivas herniarias aparecen a los cinco años o más, después de la reparación original y el 20 % se descubren pasados 15 o 20 años, se puede estimar que esta cifra obtenida en el plazo de seguimiento de un año puede aumentar. Corroborar Abraham,⁽¹⁾ lo planteado hace seis décadas por E. Stanton que comunica que las hernias indirectas recidivan el 5 %, en el primer año y un 1 % adicional cada año siguiente; mientras las hernias directas seguidas durante 5 años, muestran un 25 % de recidivas y en general cifras desalentadoras de 30 % de recidiva.⁽³⁾

La recurrencia que se presenta en el paciente operado por la técnica de *Lichtenstein*, se instauró en un plazo menor de seis meses. Durante su reintervención se constató que las dimensiones de la prótesis fueron inferiores a las medidas establecidas, por el autor de la técnica, en su descripción original. Este factor ha sido planteado en otros estudios como causa de recurrencia.⁽¹⁹⁾

En los dos pacientes operados sin prótesis, que presentan recidiva, se emplea la técnica de *Goderich*, recurren en un plazo menor de tres meses. Posada,⁽⁴⁾ apoyado en lo expresado por otros autores, afirma que las reproducciones pasadas los 6 meses, se deben a otros factores que no son errores técnicos o mala selección del proceder quirúrgico, sino por alteraciones en el metabolismo de la síntesis y degradación del colágeno.⁽⁴⁾

En algunos trabajos se expone que antes de los 6 meses se debe a errores en la técnica quirúrgica, ^(4,5) los autores consideran que entre las causas y condiciones para evitarla, es necesario el conocimiento de la anatomía, la implementación de los conceptos actuales para la reparación del defecto herniario, entre los que se pueden mencionar, las suturas libres de tensión, las agujas, los hilos y el material protésico a emplear. Se imbrica a estos elementos, además el arte y la experiencia del cirujano que debe ser capaz de alinear todos estos factores con el afán de lograr buenos resultados.

Se mantiene en vigor lo expresado por Glassgow, ⁽²⁰⁾ al decir que: "...a medida que aumenta la experiencia del cirujano en la herniorrafia primaria, disminuye el índice de recurrencia...", reafirmandose que independientemente de la técnica empleada, el entrenamiento del cirujano es de importancia. ⁽²⁰⁾

Otros plantean que el método quirúrgico no guarda relación con el número de recidivas y sí la habilidad y empeño de quien lo ejecuta. ^(4,21)

Se reconoce que no hay una técnica ideal para aplicar a todos los pacientes y a todos los tipos de hernias, por lo que resulta difícil ajustarse estrictamente a determinada técnica quirúrgica de reconstrucción herniaria, ya que el patrón anatómico puede variar. ⁽⁴⁾

La evaluación adecuada del paciente, la repercusión anatomofisiológica en la región inguinocrural por la hernia, así como la presencia de factores que predisponen la aparición de recurrencia, determinará la selección de la técnica a realizar.

Abraham, ⁽¹⁾ refiere que las recidivas antes de los seis meses, están relacionadas con el cirujano y la técnica quirúrgica, aquellas que se presentan pasado un año, están relacionadas con la calidad del tejido de los pacientes. ⁽³⁾

El cirujano debe tener dominio de un mínimo número de técnicas, que le permitan tratar adecuadamente al enfermo, para ganar la maestría frente a esta enfermedad. De esta manera se dejaría de ser alumnos de todo y maestro de nada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Abraham Arap JF. Breve reseña histórica de la hernia inguinal. En: Abraham Arap JF. Cirugía de las hernias de la pared abdominal [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010 [citado 4 Jun 2014]. 1-10 .p. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia_hernias/cap01.pdf

2- Paz Valiñas L, Atienza Merino G. Guía de práctica clínica de hernia inguino-crural. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidad; 2007.

3- Abraham Arap JF. Nuevo enfoque fisiopatológico y terapéutico para las hernias de la ingle [Tesis en Internet]. La Habana: Editorial Universitaria; 2009. [citado 4 Jun 2014]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/62/1/9789591611147.pdf>

4- Posada Jiménez PR. Herniorrafia Inguinal Primaria electiva con Anestesia Local [Tesis en Internet]. Matanzas: Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy; 1998 [citado 4 Jun 2014]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/tesis_posada.pdf

- 5- Serna Villarreal MS. Características clínico epidemiológicas de los pacientes con hernia de pared abdominal y su relación con los resultados del tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía del hospital provincial general de Iatacunga en el periodo enero 2005–diciembre 2010 [Internet]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2012 [citado 4 Jun 2014]. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/>
- 6- López Rodríguez P, Pol Herrera P, León González O, et al. Nuestra experiencia de diez años en la herniorrafia de Mohan P. Desarda. Rev Cubana Cir [Internet]. 2013 Jun [citado 20 Oct 2014];52(2):118-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000200005&lng=es
- 7- López Rodríguez P, Pol Herrera P, Strachan Estrada J, et al. Comparación entre la reparación abierta con malla y la técnica de Desarda en la hernia inguinal. Rev Cubana Cir [Internet]. 2009 Dic [citado 20 Oct 2014];48(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000400005&lng=es
- 8- Pol Herrera PG, López Rodríguez PR, León González O, et al. Cirugía de la hernia inguinal en la tercera edad: ambulatoria y con hospitalización corta. Rev Cubana Cir [Internet]. 2011 Mar [citado 20 Oct 2014];50(1):73-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100006&lng=es
- 9- Carballosa Espinosa L, Knight Lestapí W, Guibert Veranes R, et al. Comportamiento de hernia inguinal durante cinco años en provincia Guantánamo. Rev inf cient [Internet]. 2012 [citado 6 Jun 2014];73(1). Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/221>
- 10- Ricardo Ramírez JM, Rodríguez Fernández Z, Pineda Chacón J. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de pacientes con hernia inguinal. MEDISAN [Internet]. 2013 Mar [citado 20 Oct 2014];17(3):426-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300002&lng=es
- 11- Asociación Mexicana de Hernia. Guías de práctica clínica para hernias de la pared abdominal [Internet]. Mexico:Asociación Mexicana de Hernia; 2009 [citado 20 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.amhernia.org/guias2015.pdf>
- 12- Armas Pérez BA, Reyes Balseiro ES, Areas OD, et al. Hernias inguinales bilaterales operadas con anestesia local mediante hernioplastia de Lichtenstein. Rev Cubana Cir [Internet]. 2009 [citado 6 Jun 2014];48(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-
- 13- Elías Díaz González E, Martín García O, Hernández González D, et al. Colocación de Bioprótesis en terreno potencialmente contaminado en la intervención quirúrgica herniaria de urgencia. Acta Médica del Centro [Internet]. 2013 [citado 6 Jun 2014];7(2). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_13/pdf/hernia.pdf
- 14- Perera Rodríguez LL. Tratamiento de la hernia inguinal ambulatorio versus hospitalizado. MEDICIEGO [Internet]. 2012 [citado 6 Jun 2014]; 18(Supl 2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/articulos/t-3.html

15- Wagner JP, Brunicardi FC, Amid PK, Chen DC. Inguinal Hernias. In: Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, editors. Schwartz's Principles of Surgery. Tenth Edition. United States: McGraw-Hill; 2014. 1495 – 516 p.

16- Willaert W, De Bacquer D, Rogiers X, Troisi R, Berrevoet F. Técnicas preperitoneales abiertas versus reparación de Lichtenstein para la reparación electiva de la hernia inguinal [Internet]. Inglaterra: Cochrane Database of Systematic Reviews; 2012 [citado 6 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD008034/tecnicas-preperitoneales-abiertas-versus-reparacion-de-lichtenstein-para-la-reparacion-electiva-de>

17- Santana González-Chávez A. Resultados de 130 hernioplastias inguinales de Lichtenstein realizadas en el Centro Diagnóstico Integral de Salud Tamborito durante el año 2008. Aragua, Venezuela. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 May-Jun. [citado 6 Jun 2014]; 34(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol3%202012/tema08.htm>

18- Goderich Lalán JM, Goderich López D. Herniorrafia inguinal por sobrecapa de fascia transversalis. Rev Cubana Cir [Internet]. 1997 Abr [citado 20 Oct 2014]; 36(2):41-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474931998000100006

19- Casanova Pérez PA. Tratamiento quirúrgico de una hernia inguinal gigante reproducida después de una plastia de Lichtenstein. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Mar-Abr [citado 6 Jun 2014]; 35(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema10.htm>

20- Glassow F. Inguinal hernia repair. A comparison of the Shouldice and Cooper ligament repair of the posterior inguinal wall. Am J Surg. 1976; 131(3):306-11. Citado en PubMed; PMID: 130805.

21. Cuenca Torres O, Apuril N, Ferreira Acosta R, Segovia H, Martínez N. Hernioplastias en pacientes añosos. An Fac Cienc Méd [Internet]. 2011 [citado 6 Jun 2014]; 44(2). Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v44n2/v44n2a02.pdf>

Recibido: 10 de septiembre de 2015.

Aceptado: 6 de octubre de 2015.

Victor Juan Caraballosa García. Hospital Provincial Pediátrico Docente Eliseo Noel Caamaño. Calle Santa Isabel. % América y Compostela . Matanzas, Cuba. Correo electrónico: vcgarcia.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Carballoso García VJ, Casanova Pérez PA, Galloso Cueto GL, Santana González-Chávez A, Orea Cordero I, Carballoso García L. Resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes operados de hernia inguinocrural. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 38(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1609/3102>